

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N° 219

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul-Victor CHÉRONNET

Né à Paris, le 10 juin 1888

Les Secousses nystagmiques

DANS LE

SYNDROME DE BASEDOW

Président : M. DEBOVE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

1119

219

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551415_0039

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul-Victor CHÉRONNET

Né à Paris, le 10 juin 1888

Les Secousses nystagmiques

DANS LE

SYNDROME DE BASEDOW



Président : M. DEBOVE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

Anatomie	MM	NICOLAS
Physiologie	Ch	RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		TEISSIER
Anatomie pathologique		LEJARS
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		AUGUSTE BROCA
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
Clinique médicale		DEBOVE
		LANDOUZY
		GILBERT
		CHAUFFARD
		HUTINEL
Maladies des enfants		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux		DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
Clinique d'accouchements		BAR
		PINARD
Clinique gynécologique		RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique chirurgicale infantile		POZZI
Clinique thérapeutique		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCOQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVEAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris
Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON

Médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage de reconnaissance pour la bienveillance constante qu'il voulut bien nous accorder.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

- 1907-1908. — MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER
(Hôpital de la Pitié)
MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE
(Hôpital de la Pitié)

Externat

- 1908-1909. — MONSIEUR LE DOCTEUR PAPILLON
(Hôpital Bretonneau)
1909-1910. — MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY (Hôpital Beaujon)
1910-1911. — MONSIEUR LE DOCTEUR BROCC (Hôpital Saint-Louis)
MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD
(Maternité de l'Hôpital Saint-Louis)
1912-1913. — MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER
(Hôpital Hérold)
1913-1914. — MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE
SAINT-BLAISE (Maternité de l'Hôpital Tenon)
MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGET
(Hôpital Tebon).
1914-1915. — MONSIEUR LE DOCTEUR SAVARIAUD
(Hôpital Trousseau)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU, MM. LES DOCTEURS ROCHARD, LEGENDRE, THIERRY, HERBET (*in memoriam*), JOLTRAIN, LARDENNOIS, OLIVIER, GAPIN, OKINCZYK, ALBERT-WEIL

Les Secousses nystagmiques

DANS LE

SYNDROME DE BASEDOW

INTRODUCTION

La question du *nystagmus* a intéressé de tout temps les médecins, à la fois par la diversité des affections dans lesquelles il se montre et par sa pathogénie, qui est encore à l'heure actuelle entourée d'obscurité.

Les otologistes, les ophtalmologistes, les neurologistes surtout, ont étudié ce phénomène. Les hygiénistes également ont eu à s'en occuper, en tant que maladie professionnelle.

Nous allons voir, en analysant ici brièvement les travaux déjà parus sur cette question, que pour nombreuses que paraissent les maladies où se rencontre le *nystagmus*, elles ne s'en groupent pas moins en trois catégories assez limitées, qui sont :

Les affections oculaires ;

Les affections de l'appareil vestibulaire ;

Les affections héréditaires ou acquises du système nerveux.

Nous nous proposerons, dans cette thèse, de mon-

trer que le nystagmus existe également dans des cas pathologiques d'un tout autre genre. Nous voulons parler de ceux rangés sous le nom de *Syndrome de Basedow* ; et nous expliquerons comment il convient d'interpréter la présence de ce signe dans un syndrome si complexe et quelles peuvent être les conclusions pathogéniques et diagnostiques qu'il convient d'en tirer.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE NYSTAGMUS

Tout d'abord, il convient de donner une définition exacte du nystagmus et d'en esquisser, même succincte, une description précise. Car, au cours de cette étude, nous aurons à insister sur les diverses formes avec lesquelles il se manifeste dans le syndrome de Basedow, et nous devons mettre en évidence les différences existant entre ces formes et celles qui accompagnent le nystagmus habituellement observé dans d'autres affections. Cela nous permettra notamment d'expliquer comment ce signe a pu passer inaperçu, jusqu'à ce jour, aux yeux d'observateurs perspicaces.

Les Grecs désignaient par le terme de *ιππος* les mouvements rapides et répétés des globes oculaires.

C'est par le fait d'une double erreur que le vocable d'*hippus* fut réservé depuis aux mouvements désordonnés de la pupille, et celui de *νυσταγμος* aux mouvements des globes oculaires. Ce mot désignait, chez les Grecs, la somnolence, le lent va-et-vient de la tête et des paupières chez celui qui s'endort.

Primitivement, le terme *nystagmus* servit à désigner à la fois les phénomènes de clignotement involontaire et d'oscillation du globe oculaire ; et l'on distinguait ensuite le *nystagmus palpebrum* et le *nystagmus oculorum*. De fait, il nous est arrivé

fréquemment de rencontrer les secousses nystagmiques coexistant avec la fréquence du clignotement involontaire.

Cette interprétation n'a pas été conservée. Nystagmus s'applique aujourd'hui aux mouvements oscillatoires du globe de l'œil, soit de circumduction, produits par contraction successive des muscles droits, soit de rotation sur l'axe antéro-postérieur, déterminés par des contractions alternatives des muscles grand et petit obliques.

Panas le définissait « *mouvements rythmiques et involontaires des globes* ». Mais nous savons qu'il existe des nystagmus non rythmiques et volontaires.

Fuchs disait : « *Le nystagmus est constitué par des mouvements courts et saccadés des yeux, qui se répètent rapidement et toujours de la même manière* ».

La définition qui semble la meilleure, selon M. H. Coppez, celle qui nous satisfait également, qui a pour nous l'avantage d'exprimer parfaitement ce que nous avons observé, est la définition donnée par les professeurs Déjerine et De Lapersonne :

« *Le nystagmus est un véritable tremblement associé des globes oculaires* ».

Nous nous permettrons de la modifier succinctement, en rappelant qu'il existe des cas indubitables de nystagmus unilatéral, et nous dirons : « *Le nystagmus est un véritable tremblement des globes oculaires* ».

Ceux qui ont observé le nystagmus tel qu'il se présente dans les cas habituels, en distinguent plu-

sieurs sortes selon que les mouvements du globe oculaire sont oscillatoires, rotatoires, ou procèdent de ces deux modes à la fois. Ils ont été ainsi amenés à décrire un *nytgamus oscillatoire*, un *nystagmus rotatoire* et un *mixte*.

Dans le *nystagmus oscillatoire*, les mouvements du globe sont horizontaux pour la grande majorité des cas; la déviation que l'un des yeux subit en dedans, l'emportant, en général, un peu sur le mouvement associé de son congénère en dehors.

Chaque oscillation comprend une phase d'aller et une phase de retour. Si les deux phases sont égales, le *nystagmus* est dit *ondulatoire* ou *pendulaire*. Si les deux phases sont inégales, il est dit *nystagmus à ressort*. Dans ce cas, la phase rapide est dite *nystagmique*, la phase lente *réactionnelle*.

Les mouvements verticaux du globe sont très rares, en dehors tout au moins du *nystagmus* des mineurs. Nous en avons observé un seul cas au cours de nos recherches.

Les mouvements rotatoires autour de l'axe déviation des obliques seraient plus fréquents que le *nystagmus vertical*, mais bien moins que le *nystagmus horizontal*, ou, autrement dit, *transversal*.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer.

Enfin il existe des cas de *nystagmus mixtes*, relativement fréquents, procédant à la fois des oscillations verticales et horizontales, où le globe décrit une circonférence, ou une ellipse autour d'un centre

fictif. On l'a appelé aussi *nystagmus de circumduction*.

Au point de vue subjectif, nous rappellerons que certains porteurs de nystagmus sont gênés dans la lecture et prennent, ou font prendre à l'écriture, des positions plus ou moins variées. Dans la grande majorité des cas observés par nous, même lorsqu'il s'agissait de nystagmus continu, les malades n'en avaient pas conscience.

Jusqu'à ces dernières années, on se contentait de rechercher le nystagmus à l'œil nu. Depuis, plusieurs méthodes ont été proposées pour le rechercher systématiquement dans ses formes frustes : par exemple, au moyen de l'ophtalmoscope, qui révèle une sorte de vacillement rapide de l'image de la papille ; ou bien au moyen de la photographie, qui fixe les positions successives d'un reflet cornéen ou d'un index placé sur la cornée. Ou mieux encore en notant les secousses nystagmiques au moyen d'un tambour enregistreur.

Ces différentes méthodes pourront être employées utilement par ceux qui, ayant lu cette étude, seraient tentés de rechercher systématiquement dans tous les cas de goitre exophtalmique, le nystagmus non apparent par les procédés habituels.

Nous avons observé les malades dans une consultation d'hôpital et ces moyens de précision ne nous furent pas donnés. D'ailleurs, nous avons voulu rester dans le domaine de la clinique usuelle et avons recherché le nystagmus à simple vue, en employant

le procédé dit de Parinaud, qui consiste à exagérer l'amplitude des oscillations en fatiguant les muscles et en portant alternativement les globes oculaires dans les positions extrêmes du regard.

Ceci dit, nous passerons très rapidement en revue les affections dans lesquelles le nystagmus a été signalé.

I. — Affections de l'appareil auditif

Le nystagmus s'observe quand on stimule d'une façon quelconque l'appareil vestibulaire, soit par :

Excitation physiologique de la rotation de l'individu sur lui-même.

Excitation artificielle telle que :

La calorification (*nystagmus calorique*);

La galvanisation (*nystagmus galvanique*) ;

La compression (*nystagmus pneumatique*) ;

La stimulation directe ou indirecte par des causes pathogènes ou thérapeutiques, intéressant les parties profondes de l'oreille (otites moyennes suppurées, polypes de la caisse, lavages du conduit auditif externe, injections, cathétérisme de la trompe d'Eustache) ;

Les affections de l'oreille interne (maladie de Menière, etc.) ;

La pathogénie de ce *nystagmus vestibulaire*, dans ses différentes formes, attribuée à l'excitation des nerfs ampullaires suivant plusieurs mécanismes

possibles, est encore obscure, en dépit des nombreuses théories proposées.

On a décrit, à côté de ces formes, un *nystagmus spontané central* par altération des noyaux vestibulaires ou de leur connexion, avec ou sans lésions labyrinthiques.

Dans ces différents cas, le nystagmus s'accompagne de phénomènes vertigineux.

II. — Nystagmus optique

Ce sont d'abord les secousses oculaires, le plus souvent inconscientes et qui se produisent principalement quand on regarde des objets en mouvement, à rattacher peut-être au nystagmus vestibulaire, et le nystagmus se produisant chez les amblyopes.

Il est dû alors au défaut de transparence des milieux de l'œil (opacité cornéenne, opacité du cristallin, du corps vitré), ou à une affection de l'iris (choroïdite, rétinite), ou à un défaut de développement du globe oculaire (microphthalmie, atrophie).

Ce nystagmus aurait des caractères particuliers importants à signaler. Il serait remarquable par sa permanence et son ampleur, ondulatoire ou à ressort, parfois irrégulier.

La lumière aurait une grande influence sur ces oscillations, soit pour les activer, soit pour les enrayer.

Elles s'accompagneraient souvent de blépharospasme et de mouvements pendulaires de la tête.

La pathogénie de cette sorte de nystagmus est très obscure.

La vision défectueuse produirait à la longue une altération des centres d'association des mouvements des yeux.

Nous ne nous attarderons pas au *nystagmus des mineurs*, maladie professionnelle, fréquente dans les régions minières et dont il est toujours facile de déceler la nature.

On en a fait successivement un nystagmus d'origine labyrinthique et une névrose motrice.

L'anémie, l'alcoolisme ne lui seraient pas étrangers.

Il s'agit dans ces cas de nystagmus vertical, si rare ailleurs.

III. — Nystagmus dû à des lésions du système nerveux

Nous rappellerons brièvement que le nystagmus est regardé comme un des symptômes :

De la sclérose en plaques (il affecte alors le type transversal) ;

De la maladie de Friedreich (dans laquelle il apparaît deux ou trois ans après le début) ;

De la syringomyélie (dans 10 o/o des cas).

On l'a encore dans la *maladie de Little*, dans la *maladie de Parkinson* (où il est rare).

Il existe dans le *syndrome pédonculaire supérieur* ;

dans les *méningites* aiguës, subaiguës ou chroniques, dans les *tumeurs cérébrales et cérébelleuses*.

On a décrit :

Un *nystagmus myoclonie* (Meignan) ;

Un *nystagmus héréditaire* ;

Un *nystagmus volontaire* ;

Un *nystagmus physiologique* (?) ;

Un *nystagmus réflexe*, qui se produirait chez certains sujets atteints de photophobie tandis qu'on essaie d'écarter leurs paupières, ou bien chez les *névropathes* dont on maintient les paupières ouvertes alors qu'on les prie de faire effort pour les clore.

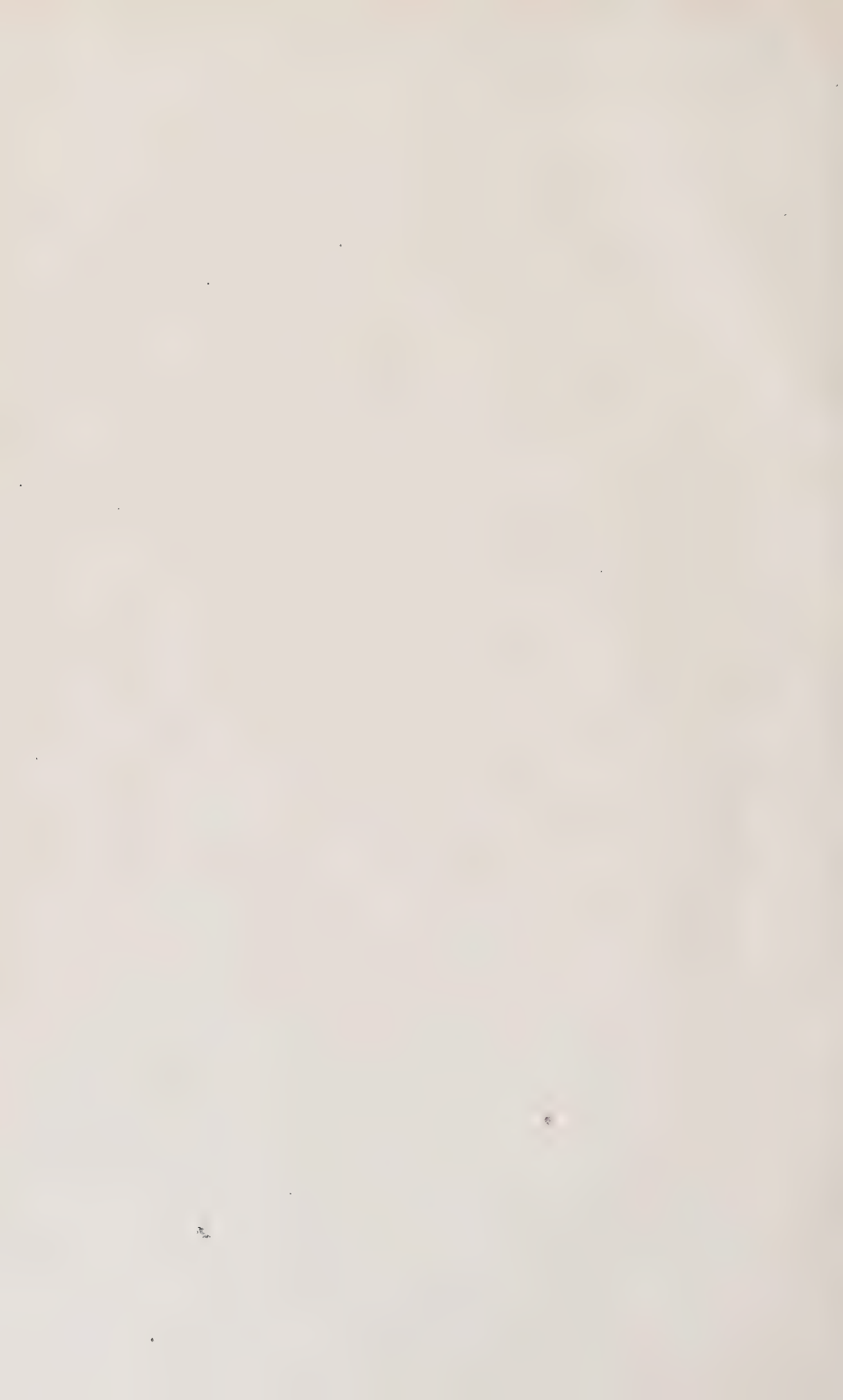
Pathogénie. — On admet, pour expliquer le *nystagmus* d'origine centrale, qu'il existe deux zones *nystagmogènes* principales. L'une est localisée à la partie dorsale du bulbe et de la protubérance, paraissant limitée en bas par l'extrémité inférieure des noyaux vestibulaires, s'étendant en haut jusqu'aux tubercules quadrijumeaux.

La seconde est représentée par les connexions qui unissent les circonvolutions présidant à la motricité oculaire aux centres de coordination.

Le *nystagmus* peut enfin résulter d'une lésion des régions corticales qui président aux mouvements des yeux, c'est-à-dire circonvolution frontale antérieure, pli courbe, sphère visuelle, de l'excitation de ces zones *nystagmogènes*, excitation d'origine périphérique ou d'origine centrale.

Les zones *nystagmogènes* bulbo-protubérantielles

sont manifestement révélées par les cas de nystagmus survenant au cours des compressions exercées sur le quatrième ventricule et sur les tubercules quadrijumeaux par les tumeurs du cervelet.



CHAPITRE II

LES SECOUSSES NYSTAGMIQUES DANS LE SYNDROME DE BASEDOW

Les ouvrages classiques, de même que les traités de médecine les plus récents, sont muets sur ce sujet. Le nystagmus n'est pas non plus cité dans les monographies les plus complètes sur le goître exophtalmique.

Nous trouvons uniquement dans le *Traité de médecine* de Enriquez, Bergé, Lamy, Laffitte, édition 1909, cette mention : « *Exceptionnellement, on a noté le tremblement et le nystagmus* »... M. Laffitte, à qui est dû l'article, n'insiste pas davantage, faisant sans doute allusion aux quelques cas de nystagmus spontané déjà signalés alors dans quelques observations.

Parmi celles-ci, nous citerons l'observation XXV de la thèse de Moutet, due à M. Vaquez alors interne du professeur Potain. On la trouvera reproduite plus loin, à peu près *in extenso*. L'auteur y signale le nystagmus dans un cas du goître exophtalmique, mais sans y attacher une autre importance, comme s'il était question d'une simple coïncidence. Il s'agit d'ailleurs d'un cas de nystagmus spontané.

Il pourrait paraître tout au moins étrange, qu'à la suite des nombreuses recherches faites dans ces dernières années sur le syndrome de Basedow, un des signes dont la fréquence fait précisément l'objet de cette étude eût passé à peu près totalement inaperçu des observateurs.

Cela tient certainement à ce que le nystagmus qui se voit dans le goitre exophtalmique, est, comme nous aurons l'occasion de le signaler plus loin, dans la plupart des cas, un nystagmus provoqué et non pas spontané.

Il fallait donc une recherche systématique. Elle ne fut commencée que dans ces dernières années par M. le Dr Sainton, médecin des hôpitaux de Paris, qui fit la première communication à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux en 1913.

Ses premières recherches remontent à 1904. Et nous reproduisons une des observations qu'il fit paraître dans *la Revue neurologique* à cette époque et dans laquelle la coexistence de ce phénomène est relatée. Nous ajouterons d'ailleurs que c'est à la consultation dirigée par lui à l'hôpital Lariboisière, que nous avons entrepris cette étude.

MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild sont amenés à parler de notre sujet à propos des études entreprises par eux sur l'instabilité thyroïdienne dans ses manifestations oculaires : « *Il est fréquent, écrivent ces auteurs, de trouver chez les hyperthyroïdiens un nystagmus atténué, à oscillations plus ou moins rapides, le plus souvent horizontales, rarement verticales, parfois chez un même sujet horizontales et verticales et même obliques. Nous ne l'avons jamais observé rotatoire.*

Le nystagmus est soit continu, soit plus fréquemment intermittent : il apparaît dans le repos ou à la suite des mouvements.

Il se rattache en général à l'hyperthyroïdisme, car :

1° Il n'est pas rare dans la maladie de Basedow.

2° Il est susceptible de se produire ou de s'accroître parmi d'autres phénomènes d'intolérance thyroïdienne.

3° Il peut s'atténuer ou disparaître par le traitement thyroïdien à petites doses.

4° Le nystagmus, tremblement oculaire, s'associe fréquemment au tremblement basedowien.

Enfin le nystagmus congénital, avec ou sans tremblement, se rattache parfois à cette variété. »

Ces conclusions nous semblent particulièrement intéressantes, à un double point de vue.

D'abord parce qu'elles viennent corroborer les nôtres en bien des points ; et ensuite, parce qu'elles éclairent singulièrement la question au point de vue pathogénique.

Nous admettons, en effet, avec les auteurs actuels, que le syndrome de Basedow se rattache à un trouble de la sécrétion interne de la glande thyroïde, à une hyperthyroïdisation, ce qui est démontré à la fois par une juste interprétation des faits et par les conséquences thérapeutiques qui en découlent et qui ont fait leurs preuves.

Les troubles moteurs du goitre exophtalmique, parmi lesquels nous rangerons le nystagmus, sont donc très probablement déterminés par l'action du poison thyroïdien sur les centres.

Nous reviendrons sur ce point.

Quoi qu'il en soit, nous venons de résumer, en

peu de mots, tout ce qui a été dit avant nous sur l'objet de notre étude.

Nous allons maintenant entrer dans le vif du sujet, en publiant un certain nombre d'observations de malades atteints de goitre exophtalmique et chez lesquels la recherche des symptômes oculaires fut particulièrement attentive.

Notre étude comporte l'examen de 60 cas de syndromes de Basedow.

Dans 26 de ces cas, c'est-à-dire dans près de la moitié, les secousses nystagmiques étaient nettes et, à simple vue, sans le secours d'aucun instrument, en portant simplement le regard en position extrême, ou en fixant la vision, de manière à les provoquer, suivant le procédé de Parinaud.

Nous allons reproduire ces 26 observations, pour la plupart rédigées *in-extenso*.

Leur lecture fera entendre comment et sous quel aspect se montre le nystagmus dans le syndrome de Basedow.

OBSERVATIONS

Observation I

(Consultation de l'hôpital Lariboisière, 29 mai 1913.)

M^{me} K..., quarante-neuf ans. Goitre exophtalmique.

Traitée depuis trois ou quatre ans pour tuberculose pulmonaire.

Début par tremblements, impression d'angoisse. Battements cardiaques violents et pénibles. Tremblement accidentel.

Goitre petit, mais très dur.

Pouls : 120 à la minute. Éréthisme cardiaque considérable.

Pigmentation légère au niveau des coudes et du creux poplité.

Urines normales. Pas de polyurie.

Examen des yeux. — Globes saillants, surtout le droit.

Signe de Graefe positif.

Secousses nystagmiques légères, horizontales et provoquées.

Observation II

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} N..., trente ans. Goitre exophtalmique en voie de guérison.

Goitre exophtalmique depuis huit ans, traité successivement par les médicaments antinervins, électricité, méthode de Möbius. Le début est rapporté par la malade à une grande frayeur. Quelqu'un voulut la tuer. Le tremblement et les autres symptômes apparurent dans les six mois qui suivirent.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère morte de goitre exophtalmique.

Antécédents personnels. — Néant.

Mai 1913. — *État actuel.* — La malade donne l'impression d'un goitre exophtalmique en voie de guérison. Les règles jadis disparues sont revenues, d'ailleurs irrégulières.

Le cou est à peine saillant. L'isthme du corps thyroïde est moyennement développé, le lobe gauche légèrement bosselé; le lobe droit très mou et considérablement augmenté de volume est mieux perçu dans les mouvements de déglutition.

Thrill à peine perceptible. Pas de tremblement. Battements cardiaques accentués seulement sous l'influence de la fatigue. Bruits du cœur un peu claqués.

Pouls : 92.

Émotivité excessive. Tendance aux colères.

Polydypsie. La malade se lève la nuit pour boire et absorbe plus d'un litre de liquide à chaque repas.

Examen des yeux. — Les yeux sont un peu sail-

lants, le gauche plus que le droit. Rareté du clignement. Inégalité pupillaire. La pupille droite est plus dilatée que la gauche, correspondant au côté du lobe thyroïdien le plus développé.

Signe de Graefe négatif.

Recherche du nystagmus. — *Dans la vision latérale on remarque à peine un léger frémissement des globes. Le nystagmus devient évident quand on amène les globes en position extrême par la vision en haut, et il est latéral ; il en est de même dans la vision oblique. Le nystagmus est transversal.*

Pas de défaut de convergence du côté droit.

Un peu d'élargissement de la fente palpébrale droite.

4 juin 1913. — La malade se trouve très améliorée par l'emploi de l'hémato-éthyroïdine.

Observation III

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{lle} V... Louise, vingt-six ans.

Examen du 9 juillet 1913. — Régée à treize ans.

Règles irrégulières, mais abondantes.

Il y a trois mois les règles ont complètement disparu.

Depuis quelque temps fièvre le soir et toux.

Légère diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

Tremblement. Sensation de chaleur pénible.

Irritabilité. Rires et pleurs faciles.

Nystagmus horizontal très marqué lorsque la malade regarde droit devant elle. Les secousses nystagmiques sont relativement lentes.

23 juillet 1913. — Pouls : 108. *Le nystagmus est atténué.*

28 octobre. — Pouls : 96. Respiration : 52. *Léger nystagmus.*

Traitement par l'hémato-éthyoïdine.

12 novembre. — Le nystagmus ne se produit que lorsque la malade regarde droit devant elle.

4 février 1914. — La malade se plaint de douleurs au niveau de l'œil droit à l'occasion des mouvements volontaires du globe. *Le nystagmus est intermittent. Il disparaît au repos et se montre spontanément lorsque la malade s'agite.*

Observation IV

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} Van C..., marchande de quatre saisons, goitre exophtalmique avec aspect myxœdémateux.

Tachycardie : 148 pulsations à la minute.

Tremblement. Exophtalmie légère ; globes sail-lants.

Légères secousses nystagmiques transversales et provoquées.

État psychique spécial. Irritabilité.

Goitre vasculaire.

Traitement par l'hémato-éthyroïdine.

7 janvier 1913. — Amélioration notable. Pouls : 120.

On ne trouve plus de nystagmus.

Observation V

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} B..., cinquante-cinq ans. Syndrome de Basedow fruste.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à cinquante-deux ans d'apoplexie cérébrale. Père mort à soixante-quatorze ans, asthmatique.

Une sœur aurait eu les mains paralysées (?)

Antécédents personnels. — A dix-huit ans, crise de rhumatisme articulaire aigu ayant duré un mois.

Réglée à dix-neuf ans seulement. Mariée à vingt et un ans. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Métrite à trente ans.

A quarante ans, anémie cérébrale et apparition de palpitations, de vertiges ; parfois sensation de dérobement des jambes.

La malade a eu beaucoup d'ennuis l'année dernière et depuis cette époque tous ces symptômes ont augmenté.

Le cou est légèrement augmenté de volume. Le corps thyroïde est petit, un peu pulsatile, mais pas saillant. Thrill. Le tremblement est marqué seule-

ment au niveau des mains, menu, à oscillation très rapprochées.

Le pouls est rapide (130 à 140). Bruits cardiaques très claqués, surtout à la base. A l'auscultation, souffle extra-cardiaque.

Signe de Jellineck positif. Signe du frontal positif.

Examen des yeux. — Facies assez caractéristique. Les yeux sont légèrement saillants, fixes, brillants. Diminution de la convergence. *On note, par intermittence, des secousses nystagmiques légères transversales.*

Traitement par l'hémato-éthyroïdine.

La malade est revue périodiquement.

31 octobre 1913. — Pouls 120.

6 novembre. — Pouls 108. Exophtalmie moindre.

27 janvier 1914. — Amélioration notable. Les signes oculaires et le signe de Jellineck disparaissent.

Observation VI

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{lle} G... Hélène, vingt-deux ans, originaire de Varsovie. Bacillose et goitre exophtalmique.

Juin 1913. — La malade présente un goitre vasculaire avec augmentation considérable de l'isthme thyroïdien. Le lobe droit est plus lumineux que le gauche que l'on perçoit à peine.

Pouls 124, jamais au-dessous de 96. Pas de lésions artificielles, mais battements pénibles.

Urines normales : ni sucre. ni albumine.

Depuis six mois, amaigrissement considérable (on trouve d'ailleurs un sommet droit suspect et avec diminution du murmure vésiculaire).

État psychique particulier : irritabilité, tendances mélancoliques.

Depuis six mois environ, règles diminuées d'abondance.

Examen des yeux.

Globes un peu saillants, le droit plus que le gauche. Pupilles égales. *Nystagmus latéral et intermittent spontané et non provoqué à type transversal.*

Observation VII

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} B... Antoinette, âgée de vingt-six ans, originaire d'Épinay-sur-Seine. Goitre exophtalmique.

25 octobre 1913. — Début il y a environ un an et demi par augmentation de volume du cou, puis apparition de l'exophtalmie qui devient de plus en plus intense.

Corps thyroïde : goitre vasculaire portant sur les lobes et sur l'isthme. Développement moyen. Battements au niveau du lobe gauche et thrill. Rien de semblable au lobe droit.

Très légères adénopathies cervicales.

Pouls 136.

A l'examen des yeux, on ne trouve à ce moment

qu'une exophtalmie peu considérable avec regard brillant, absence de clignement, sans secousses nystagmiques.

D'autre part, on note du tremblement des extrémités.

La malade accuse un amaigrissement général, une sensation de chaleur continuelle.

La menstruation est un peu exagérée. Il y a une diminution de volume des seins.

Urines normales.

Traitement par l'hématoéthyröidine.

La malade est revue périodiquement, présentant des alternatives d'amélioration et d'exagération des symptômes.

4 février 1914. — Le pouls est à 96. Les symptômes s'amendent. Mais on trouve des *secousses nystagmiques légères transversales et provoquées*.

Observation VIII

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} G... Goitre exophtalmique évoluant depuis longtemps.

Parmi les symptômes oculaires : *très léger nystagmus très lent, à type transversal et provoqué*.

Observation IX

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} G..., vingt-neuf ans, goitre simple avec léger basedowisme.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à treize ans. Réglée à quatorze ans. Mariée à vingt-deux ans. (Un an après, naissance d'un enfant venu avant terme (huit mois.) Dans la suite, trois autres enfants à terme tous vivants et bien portants.

La malade a fait un séjour d'un an et demi à Madagascar.

Depuis un an, à la suite de sa dernière grossesse, la malade maigrit en même temps qu'elle ressent de violents maux de tête ; elle a des palpitations et elle remarque une augmentation de volume du cou.

24 janvier 1914. — *État actuel.* — Aspect anémique. Le cou est peu volumineux. Le lobe droit du corps thyroïde est absolument normal. L'isthme est peu développé. Au niveau du lobe gauche on sent une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, dont la direction est presque parallèle à celle des sterno-cleido-mastoidiens. Le bord inférieur de ce lobe touche presque la fourchette sternale : Sa consistance est kystique, rénitente. A sa partie supérieure, on sent du tissu thyroïdien induré.

Léger thrill au niveau des vaisseaux.

Examen des yeux. — Pas d'exophtalmie. Quand on recherche le signe de Graefe on trouve un *nystagmus vertical très net*.

Pouls 108. État psychique spécial. Irritabilité. Pleurs faciles.

Observation X

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} H... Germaine, trente ans. Goitre basedowifié.

Premier examen le 9 avril 1913. — Pas d'antécédents héréditaires.

A l'âge de dix-huit ans, on fit remarquer à la malade qu'elle avait une grosseur à la partie antérieure du cou. Dès ce moment apparurent des crises d'étouffement qui se renouvelèrent par intermittence.

Il y a trois ans que ces crises deviennent plus fréquentes. Des crises de palpitation apparaissent. La malade devient très nerveuse.

A l'examen, on trouve un goitre petit avec un noyau dur au niveau du lobe gauche. L'isthme est volumineux. Le lobe droit est peu développé mais douloureux à la pression.

Thrill perceptible à la face du cou.

Il y a du tremblement des extrémités.

Pouls 112. Rien au cœur.

Examen des yeux. — Le regard est un peu brillant, mais il n'y a pas d'exophtalmie.

Dans la position extrême de vision latérale, on remarque de *légères secousses nystagmiques transversales se produisant par intermittence*. Signe de Graefe négatif.

État psychique spécial. Nervosisme. Pleurs fréquents.

La malade est traitée par l'hémato-éthyroïdine et l'opothérapie surrénale.

La malade est revue les 7, 13, 21, et 28 mai, 11 juin, 23 juillet, 12 et 19 novembre, et 3 décembre 1913.

Il y a une amélioration manifeste dans tous les symptômes. Le pouls tombe à 92-96. *Les secousses nystagmiques ont complètement disparu.*

Observation XI

(Consultation de médecine à l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} P..., vingt-neuf ans. Goitre exophtalmique.

La malade est vue pour la première fois le 26 avril 1912.

Le syndrome de Basedow évolue chez elle depuis environ quinze mois.

Il y a des palpitations. Pouls : 146.

Tremblement très rapide. Goitre.

Les globes présentent des *secousses nystagmiques horizontales et provoquées dans la position extrême de vision latérale. Ces secousses augmentent sous l'influence de l'attention.*

La malade est soumise au traitement opothérapique (hémato-éthyroïdine) et revue périodiquement.

L'amélioration est manifeste. Le pouls tombe au-dessous de 90. *Les secousses nystagmiques ont complètement disparu.*

Observation XII

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^m. B..., quarante ans. Goitre fibreux en voie de basedowification.

29 mai 1912. — Il s'agit d'un goitre ancien avec prédominance très nette du côté droit. Le lobe droit est induré, presque crétacé. Le lobe gauche est moins volumineux, mais forme un bourrelet saillant et dur.

Rien au cœur. Pouls : 120. Légers battements artériels au niveau du cou.

Il y a du tremblement.

On note de *légères secousses nystagmiques horizontales et provoquées*.

Observation XIII

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} Bl..., soixante-dix ans. Goitre ancien. Transformation maligne. Basedowification tardive.

Il sagit d'une femme âgée, originaire de l'Aveyron, porteuse d'un goitre depuis dix ans, qui aurait grossi, surtout du côté droit.

A eu presque toute sa vie des palpitations, qui ont considérablement augmenté ces temps derniers, accompagnées d'essoufflement.

Actuellement (mai 1913), se plaint de faiblesse générale, de quintes de toux.

Goitre. -- Tumeur volumineuse : lobe droit très augmenté de volume, descendant en bas jusqu'à la clavicule, remontant en haut jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire, repoussant en arrière le sternocleido-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux du cou. L'isthme est développé, touche en bas la fourchette sternale, bombe en avant et remonte jusqu'à l'os hyoïde. Le lobe gauche est moins volumineux. Cependant, le muscle sterno est comme repoussé en arrière. Le corps thyroïde est dur, très irrégulier, mamelonné, avec des saillies arrondies non douloureuses. La peau, au-devant de la tumeur, est lâche et sillonnée de veines qui s'anastomosent avec les veines du tronc. La trachée est comprimée. Il y a de l'oppression. Pas de troubles laryngés.

Réaction ganglionnaire.

Tremblement très net,

Pouls : 120. Battements du cœur réguliers. Rien à l'aorte. Pigmentation autour des paupières. Quelques taches pigmentaires au niveau de la conjonctive. Pigmentation du voile du palais.

Signes oculaires. Pas d'exophtalmie. Signes de Graefe et de Mœbius négatifs. *Très légères secousses nystagmiques transversales et provoquées.*

Observation XIV

(Consultation de médecine à l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} P..., quarante-six ans. — Goitre basedowifié. Il s'agit d'une femme originaire d'un pays goitri-

gène (Puy-de-Dôme) et demeurant à Paris depuis douze ans.

Antécédents. — On trouve, il y a quatre ans, un érysipèle, et, au mois de janvier 1912, une bronchite qui obligea la malade à garder le lit pendant quinze jours.

C'est à la suite de cette affection que la malade s'aperçoit que sa voix devient rauque.

Quatre enfants nés à terme. Deux sont morts, l'un à la naissance, l'autre à l'âge de neuf ans, d'une méningite tuberculeuse.

Depuis trois mois, la malade ressent au cou une gêne continuelle. Son caractère a changé.

Actuellement (28 juin 1913). Le corps thyroïde est hypertrophié, surtout au niveau de l'isthme et du lobe gauche. Les deux lobes ont une consistance molle. Au niveau de l'isthme, on trouve un noyau très dur, de la grosseur d'une noisette.

Ce goitre bat, mais ne présente pas de frémissement. La voix est enrouée.

Il y a du tremblement des mains.

La malade se plaint de bouffées de chaleur fréquentes.

Pouls : 104. Caractère très irritable.

Examen des yeux. — Éclat du regard remarquable.

L'exophtalmie est assez peu prononcée. Le signe de Moëbius est nettement positif. La fente palpébrale est élargie.

On ne retrouve pas le signe de Graefe, mais la malade présente une rétention spasmodique de la

paupière supérieure. Cette contraction cesse à certains moments. Quand on dit à la malade de regarder en bas, la paupière supérieure suit le mouvement du globe jusqu'au milieu de sa course. Là elle se contracture pendant quelques instants, puis elle s'abaisse brusquement. Quand on dit à la malade de fermer brusquement les yeux, rien ne se produit.

Quand on fait regarder la malade très fortement en dehors, on note de légères secousses nystagmiques transversales.

La malade est revue les 2 et 9 juillet 1913. Les symptômes persistent. Depuis, la malade n'est plus revue.

OBSERVATION XV

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} H., trente-cinq ans. Goitre ancien. Poussée thyroïdienne à la suite d'une fièvre typhoïde. Basedowisme fruste.

Antécédents (mai 1913). — Originaire du Nord, mais élevée en Seine-et-Marne. pays de gros cous.

A eu un goitre dès l'âge de douze ans.

Réglée à quinze ans, Pas de grossesse.

Il y a quatre ans, est survenue une fièvre typhoïde très grave, suivie d'une convalescence longue et pénible. A ce moment, il s'est produit une subite augmentation du goitre.

Depuis cette époque, amaigrissement, nervosisme très marqué, cauchemars, idées noires.

Au moment de l'examen (mai 1913), corps thyroïde volumineux. Goitre vasculaire, beaucoup plus marqué du côté droit. Isthme volumineux. Côté gauche presque normal.

Tremblement.

Peu de tachycardie (80 pulsations).

Légère exophtalmie du côté droit. Pas de signe de Graefe.

On note de très légères secousses nystagmiques provoquées, transversales.

La malade est revue le 18 juin 1913. Mêmes symptômes.

Raucité de la voix, sans paralysie récurrentielle.

OBSERVATION XVI

(Consultation de médecine de l'hôpital Laboisière.)

M^{me} Ch..., vingt ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Parents vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole. Scarlatine, sans complications. Réglée à quatorze ans. Règles abondantes et irrégulières.

La malade, dès ce moment, était très nerveuse. Elle pleurait et riait très facilement. Dès cette époque elle ressent des palpitations pénibles. Elle ne peut courir.

Il y a trois ans, elle s'est aperçue que son cou gros-

sisait en même temps qu'elle ressentait des crises d'étouffements.

Actuellement (3 décembre 1913), la malade vient consulter pour une sciatique gauche très douloureuse. Elle est enceinte de trois mois. On remarque une augmentation du volume du corps thyroïde portant sur ses deux lobes et sur l'isthme.

Léger thrill au niveau du goitre.

Tremblement marqué, augmenté par la couture.

Cœur : légers signes de rétrécissement mitral.

Pouls : 100-120.

Examen des yeux. — Pas d'exophtalmie. Signes de Moebius et de Graefe négatifs. Incontractilité du muscle frontal.

Légères secousses nystagmiques transversales et provoquées, se produisant dans la vision latérale.

Observation XVII (Résumée)

(Observation extraite de la thèse de Moutet. Paris, 1889, et relevée par M. le Dr Vaquez, alors interne du professeur Potain.)

Il s'agit d'une femme, la nommée C..., passementière, entrée le 20 mars 1889, salle Piorry, lit 25.

Cette femme, âgée de vingt-sept ans, avait fait un premier séjour à l'hôpital du mois de mars au mois de novembre de l'année précédente.

On avait constaté chez elle tous les symptômes d'un rétrécissement mitral, tous les signes de la maladie de Basedow.

Elle fut traitée par l'hydrothérapie et l'électricité et quitta l'hôpital au mois de novembre. A cette époque, son état s'était sensiblement amélioré.

Depuis le mois de novembre jusqu'au commencement du mois de février de l'année suivante, la malade jouit d'une santé relativement bonne. Le tremblement avait disparu avec les palpitations ; le caractère était plus calme, les yeux très peu saillants.

Malheureusement, la profession pénible de la malade la fatigua énormément et l'amélioration qu'on avait constatée ne tarda pas à faire place à une recrudescence des symptômes. Au commencement de février les yeux commencent à redevenir saillants, en même temps que les palpitations et les étouffements réapparaissent.

Le nystagmus reprit son intensité antérieure.

Peu de temps après le tremblement revenait avec faiblesse marquée des membres inférieurs, et de temps à autre une sensation d'effondrement des jambes. Le caractère est devenu plus irritable ; la malade se sent toujours agacée ; la sensation de chaleur excessive a également reparu.

A l'occasion des fatigues, le côté droit du corps thyroïde gonfle légèrement en même temps que la malade est prise d'une toux quinteuse qui se termine par une expectoration abondante.

Il y a quinze jours, est survenue une diarrhée qui a duré huit jours et qui a cessé subitement.

Il n'y a pas de boulimie mais un goût spécial pour les aliments épicés et une soif vive.

État actuel. — La malade présente l'aspect habituel du goitre exophtalmique. Il y a cependant absence presque complète de goitre. Le cou ne mesure que 32 centimètres et est un peu développé seulement vers le côté droit.

Les palpitations sont extrêmes, visibles. Le cœur bat fortement vers le sixième espace intercostal. Toute la région précordiale est soulevée à chaque pulsation. Ces palpitations sont quelquefois si fortes qu'elles réveillent la malade la nuit. Le pouls est rapide (136), fort, régulier.

Le tremblement est généralisé, rapide, surtout aux extrémités. Mais lorsque la malade est debout et que l'on met la main sur sa tête, on la sent agitée d'un même mouvement de trémulation. Le tremblement des doigts est surtout latéral, et la main est entraînée rapidement dans des mouvements d'oscillation autour d'un axe qui passerait par le poignet : les oscillations ne se font que dans le segment supérieur du cercle construit sur cet axe. La langue est agitée de la même trémulation régulière d'avant en arrière.

Les yeux sont saillants, brillants, les pupilles dilatées : en plus, les yeux sont soumis à un *nystagmus transversal dont la rapidité et la petitesse des oscillations sont absolument comparables au tremblement des membres*. Il n'y a pas de paralysie de la paupière supérieure, mais on remarque une difficulté

de convergence pour l'œil droit : pas de diplopie ni d'amblyopie...

Observation XVIII

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} K..., vingt-cinq ans.

Goitre exophtalmique opéré ; vraisemblablement consécutif à une insuffisance ovarienne due à l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Examen du 16 juin 1913. — *Petites secousses nystagmiques transversales et provoquées.*

24 juillet 1913. — Ablation d'un kyste de l'ovaire droit, volumineux, contenant deux litres de liquide chocolat.

A la suite de cette opération, l'exophtalmie diminue, surtout à gauche. La goitre a disparu.

On note encore de petites secousses nystagmiques.

Observation XIX

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} R..., âgée de vingt-cinq ans.

Basedowisme fruste au cours de l'allaitement.

Originaire de Russie (Odessa). Il n'y aurait pas de goitre dans le pays.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a eu, il y a onze mois, un enfant. N'était, avant

cette grossesse, pas très bien réglée, mais l'est actuellement très bien. Elle fait remonter le début de la maladie actuelle à six ou sept mois. Une amie lui a dit que son cou augmentait de volume.

Elle présente en ce moment de la diarrhée alternant avec de la constipation, de la céphalée persistante, des battements de cœur, de l'amaigrissement.

Elle nourrit encore un enfant de onze mois.

Cet enfant est nerveux. Il présente fréquemment des soubresauts pendant son sommeil.

État actuel, 7 décembre 1913.

Cou augmenté de volume, surtout au niveau du lobe gauche du corps thyroïde. Le lobe gauche est beaucoup plus consistant que le droit qui paraît normal.

Pouls : 110. Cœur très régulier.

Pas de tremblement. Pas de troubles de la marche. État nerveux très peu marqué.

Signes oculaires. — Exophtalmie à peu près nulle. Pas d'éclat particulier du regard.

Un peu d'élargissement de la fente palpébrale.

Pupilles égales. Instabilité oculaire. On note des secousses *nystagmiques horizontales dans la position forcée de vision latérale.*

Pas de signe de Mœbius. Pas de signe de Græfe. Pas de signe de Stelwag.

Observation XX

(Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.)

M^{me} G..., âgée de vingt ans, domestique.

Goitre exophtalmique vasculaire (absence complète du système pileux aux aisselles).

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Frères et sœurs un peu nerveux.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Réglée à treize ans, régulièrement. Règles peu abondantes. Un peu de leucorrhée depuis un an.

La malade habitait la Bretagne. Il y a un an, elle vint à Paris. Surmenage.

Il y a quelques mois, sans qu'elle puisse dire en quelle circonstance, elle commence à éprouver des étourdissements, des bouffées de chaleur. Les yeux deviennent brillants. Le cou augmente de volume.

Examen le 29 novembre 1913.

Corps thyroïde volumineux, très tendre; l'augmentation de volume porte particulièrement sur le lobe droit et sur son prolongement supérieur.

L'isthme est volumineux et gonflé. Le lobe gauche est beaucoup moins développé. La tension de la tumeur est très accentuée. Thrill extrêmement marqué, moins à gauche.

Tachycardie. Battements cardiaques très marqués. Vibration de toute la poitrine. Pouls : 120.]

Tremblement extrêmement marqué. Vibrations

généralisées. Seins bien développés. Ligne blanche très nette. Règles très abondantes. La malade les voit tous les deux mois environ. Aspect un peu masculin du bassin. Absence complète du système pileux aux aisselles. Un certain degré d'infantilisme. Poils du pubis peu développés. Les cheveux sont rêches, raides, gardant la position qu'on leur donne.

Examen des yeux. — Exophtalmie très considérable et à peu près égale des deux côtés.

Pas de signe de Graefe, mais signe de Moebius positif.

Nystagmus transversal spontané, mais très passager, quand la malade regarde droit devant elle. Mouvements incessants des globes oculaires dans tous les sens.

Pupilles dilatées, mais égales.

Observation XXI

(P. Sainton et B. Pisante, *Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sang et le sérum de moutons éthyroïdés.* *Revue neurologique*, nov. 1904.)

Goitre exophtalmique

F..., âgé de trente et un ans, employé de banque, se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon, au mois de juillet 1902.

F... n'avait jamais été malade. Début de l'affection il y a cinq ans.

L'exophtalmie est nette, le clignement n'est pas fréquent, mais les *globes oculaires sont animés de secousses nystagmiformes*. Il existe le signe de Stelwag et le signe de Mœbius. Le signe de Graefe est peu marqué.

Le traitement par le sérum de mouton éthyroïdé amène une régression des symptômes.

Observation XXII

Gastaud, *le Diabète dans le syndrome de Basedow*.
Thèse de Paris, 1913.

Goitre exophtalmique avec glycosurie légère et intermittente

M^{me} B..., quarante-neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Début de la maladie en 1911, par palpitations et augmentation de volume du cou.

Signes oculaires.

Secousses nystagmiques dans la position extrême latérale.

Observation XXIII

Consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière.

Goitre en voie de Basedowification

M^{me} Ch..., cinquante-neuf ans. Pas de maladie antérieure. La malade est originaire de la Charente. Dans sa famille, dans son pays même, elle ne connaît

pas de goitreux, d'ailleurs elle n'a pas quitté Paris, depuis l'âge de cinq ans.

A été réglée à treize ans, toujours très régulièrement jusqu'à l'âge de cinquante-six ans. Célibataire.

A l'âge de trente ans la malade s'est aperçue en agrafant son col, que son cou augmentait de volume : elle avait, dit-elle, une grosseur comme une noix au devant du cou.

Pendant une quinzaine d'années cette grosseur est restée stationnaire, non douloureuse et sans aucun trouble de l'état général.

Au dire de la malade, la grosseur qu'elle avait alors a augmenté considérablement depuis l'âge de quarante-cinq ans, et surtout depuis trois ans, époque de la cessation des règles. La tumeur, en outre, s'est étendue sur les côtés du cou. Mais la malade ne remarquait toujours aucun trouble dans son état général.

Il y a deux mois et demi, grippe avec céphalée très violente et vertiges. Depuis, éblouissements fréquents, mouches volantes à l'occasion de la vision attentive.

La malade est devenue nerveuse, dort très mal, présente parfois du tremblement au niveau des mains.

A l'examen du cou, on remarque une tumeur mobile à l'occasion des mouvements de déglutition. L'isthme du corps thyroïde s'étend de l'os hyoïde jusqu'à la fourchette sternale. On y sent quatre lobules distincts les uns des autres.

Le lobe droit contient des noyaux indurés ; le lobe gauche est plus développé et a une consistance charnue.

Examen des yeux. — Exophtalmie légère plus marquée du côté gauche. Pas de signe de Graefe, pas de signe de Mœbius : retard du frontal. On note de *légères secousses nystagmiques transversales et spontanées.*

Tremblement variable. Pouls : 100.

Observation XXIV

Cette observation est due à M. le Dr Milian
(Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow,
par P. Sainton. M. Milian rapporteur. *Société médicale
des Hôpitaux*, p. 115).

... J'ai en ce moment dans mon service, une malade atteinte de maladie de Basedow fruste sans tachycardie ou avec tachycardie modérée (80 pulsations à la minute).

Elle a de l'exophtalmie, l'état brillant de l'œil, le corps thyroïde gros, du tremblement. Elle a en même temps un *nystagmus latéral spontané très accusé.*

Le tremblement co existe avec le nystagmus.

Observation XXV (personnelle.)

(Goitre exophtalmique

M^{me} Bl..., trente-cinq, ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Néant. Deux grossesses normales.

Début il y a trois ans par des palpitations, des vertiges, un amaigrissement progressif. Il n'y a guère que depuis deux ans, au dire de la malade, que son cou augmente de volume.

Depuis cette époque, la malade est traitée avec des résultats variés, par les antinervins (Bromure de potassium, valériane, hydrothérapie).

A l'heure actuelle (février 1914). Tableau assez typique.

Hypertrophie du corps thyroïde intéressant surtout le lobe droit et très légèrement l'isthme.

Le lobe gauche n'est pas hypertrophié.

Pouls rapide, 90 à 100 pulsations à la minute. Égal.

Examen du cœur. Pas de lésion orificielle. Bruit aortique un peu claqué.

Tremblement très léger des extrémités, surtout aux mains.

La malade est très nerveuse, irritable, émotive à l'excès. Elle dort peu la nuit.

Examen des yeux. — Exophtalmie moyenne.

Fixité du regard. Signe de Stelwag positif.

Pas de signe de Graefe ni de Moebius.

Mais, en faisant fixer le bout d'un crayon de manière à porter les globes en position extrême latérale, on détermine des *secousses nyctagmiques intermittentes, à type transversal*,

La malade s'astreint uniquement au repos et à

l'hydrothérapie. La médication antithyroïdienne n'a pas été tentée.

Observation XXVI (personnelle.)

Goitre exophtalmique

M^{me} M..., trente-huit ans.

Originaire du Jura.

Aucun antécédent héréditaire.

Antécédents personnels. — Pas de grossesse. métrite et salpingo-ovarite assez bien tolérées et traitées jusqu'à présent par des moyens médicaux.

Début il y a un an et demi, au dire de la malade, par augmentation progressive du volume du cou.

Puis palpitations survenant par accès, surtout la nuit.

Examen actuel (février 1914).

Corps thyroïde. Hypertrophie thyroïdienne volumineuse à droite, de consistance très ferme. A l'examen laryngoscopique, on note une déviation de la paroi trachéale correspondante, sans qu'il y ait d'ailleurs de phénomènes de dyspnée ou de paralysie récurrentielle.

La tachycardie est continue, autour de 110.

Cœur. Pas de lésions orificielles. La pointe bat dans le sixième espace intercostal.

État mental peu accusé. Pas de tremblement.

État général. L'appétit paraît augmenté sans que la malade prenne du poids.

Examen des yeux. — Exophtalmie légère.

Signe de Græfe positif.

Signe de Stelwag positif.

Pas de défaut de convergence des globes.

Dans la position extrême du regard, on note des *secousses nystagmiques provoquées par la fixation du regard, assez lentes, régulières.*

Pas de nystagmus spontané.

Voici donc sur 60 observations de maladie de Basedow, 26 cas dans lesquels la recherche du nystagmus a été positive.

Ce qui frappe au premier abord dans la lecture de ces observations, c'est que ce nystagmus est *presque toujours provoqué*.

Deux de celles-ci, recueillies par nous dans la littérature médicale de ces dernières années, ne nous renseignent pas suffisamment sur ce point. Mais dans 20 cas, le nystagmus est nettement et uniquement provoqué.

Dans 4 cas seulement observés par nous, le nystagmus est spontané et paraît antérieur aux premiers symptômes de la maladie.

Le nystagmus observé présente quelques caractères qui lui sont propres.

Ce n'est pas, en général, un nystagmus à grandes oscillations régulières comme on le voit dans la sclérose en plaque, par exemple.

Ce sont au contraire des *secousses nystagmiques* souvent très légères. Elles peuvent être continues, mais plus souvent intermittentes.

Elles peuvent être très rapides au point qu'il est difficile d'en saisir le rythme. Dans un cas, les pério-

des étaient franchement inégales, correspondant au type dit « à ressort ».

Dans un autre cas, au contraire, elles étaient très lentes et prenaient le type pendulaire.

Ajoutons qu'elles sont presque toujours transversales. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de nystagmus vertical.

Il se produisait au moment où le malade faisait converger les axes de ses globes oculaires.

Nous ne l'avons jamais observé rotatoire, ni oblique.

Enfin, répétons, pour terminer, que c'est un nystagmus *provoqué et augmenté par les positions extrêmes du regard, l'attention et la fatigue musculaire.*

Et maintenant, pourrait-on demander, existe-t-il un rapport entre ce symptôme et les autres signes déjà décrits dans le goitre exophtalmique, en particulier les signes oculaires ?

A la vérité, nous n'en trouvons pas.

L'exophtalmie, sur ces 26 observations, s'observe treize fois. Le signe de Graefe est tout à fait inconstant, nous le trouvons trois fois. Il en est de même pour les signes de Mœbius et de Stelwag.

Pour ce qui est d'autres symptômes, nous trouvons douze fois la coexistence du tremblement et du nystagmus.

Il est assez curieux de noter que dans ces observations les signes oculaires sont médiocrement représentés.

Cela n'étonnera personne. Chacun sait que le syndrome de Basedow est rarement au complet, et qu'en dehors des signes capitaux, c'est-à-dire la tachycardie, le goitre, et, en second plan, le tremblement et l'exophtalmie, les autres signes font souvent défaut.

Cependant, si nous comparons le nystagmus aux autres signes oculaires, quant à sa fréquence, nous voyons qu'il est plus constant encore que la plupart de ceux-ci. Il est bien plus fréquemment rencontré que le signe de Graefe, le signe de Mœbius et le signe de Stelwag.

Dans les 60 cas observés par nous, il arrive immédiatement après l'exophtalmie.

Si l'on ajoute que sa recherche en clinique est des plus simples et des plus faciles, il apparaîtra comme tout à fait légitime de le classer définitivement parmi les signes oculaires du syndrome de Basedow.

QUELQUES MOTS SUR LA PATHOGÉNIE DU NYSTAGMUS

DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

Nous ne voudrions pas terminer cette courte étude sans nous demander comment on pourrait expliquer l'apparition du nystagmus dans le tableau complexe du goitre exophtalmique.

Sans doute, étant données nos connaissances actuelles sur l'une et l'autre question, est-il difficile d'être très affirmatif. Et notre courte expérience nous a montré que si les faits demeurent, les théories passent.

Les secousses nystagmiques sont sans doute dues à un phénomène d'hyperthyroïdisme, ainsi que nous l'enseignent les conclusions de M. Sainton, les expériences de MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild.

Il s'agirait alors d'une action du poison thyroïdien sur les zones nystagmogènes bulbo-protubérantielles.

Nous avons vu que le nystagmus nous apparaît comme constitué par de petites secousses menues, rapides, inégales, comme un véritable tremblement des globes oculaires.

Il est tout à fait comparable au tremblement basedowien avec lequel il coexiste d'ailleurs dans la moitié des cas. Comme pour celui-là, son évolution est parallèle à celle de la maladie. Il disparaît avec l'amélioration des autres symptômes.

D'autre part, l'étude des autres signes oculaires du goître exophtalmique nous montre qu'il s'agit, en général, d'une véritable dissociation musculaire par parésie ou au contraire par hypertonie, ayant comme effet une rupture d'équilibre entre les muscles antagonistes.

Dans le signe de de Graefe, nous assistons à une véritable dissociation des mouvements oculo-palpébraux.

La contracture spasmodique de l'élévateur de la paupière constitue le signe de Stelwag.

Pour ce qui est de la musculature propre du globe, le signe de Moebius sert à désigner précisément la parésie du droit interne, le droit externe restant normal ou même opposant à ce moment une contracture spasmodique.

Il est naturel de supposer que les secousses nystagmiques pourraient ressortir à un processus analogue.

Elles résulteraient tantôt d'une hypertonie d'un des muscles dont la prédominance fonctionnelle convulserait en quelque sorte le muscle antagoniste, tantôt, au contraire, de l'impotence ou de l'hypotonie d'un ou des muscles moteurs impuissants à triompher des antagonistes normalement conformés.

Le nystagmus basedowien serait alors comparable tout au moins, quant au mécanisme oculaire proprement dit, au nystagmus musculaire hypertonique et au nystagmus musculaire hypotonique des mineurs par myopathie des élévateurs.

Il aurait la signification d'un autre phénomène de dissociation musculaire.

CONCLUSIONS

I. — Le nystagmus est un symptôme peu connu dans le syndrome de Basedow.

II. — Il s'y trouve néanmoins dans près de la moitié des cas, selon notre statistique qui compte 60 observations, dont 26 comportent ce symptôme.

Il s'y présente sous la forme de secousses nystagmiques à type transversal, exceptionnellement vertical, jamais rotatoire.

Il s'agit presque toujours de nystagmus provoqué, beaucoup plus rarement spontané.

Sa fréquence, comparée à celle des autres signes oculaires (signes de de Graefe, de Mœbius et de Stelwag), lui est au moins égale, sinon supérieure.

III. — Ses variations sont parallèles à celles de la maladie. Il disparaît quand elle s'améliore.

IV. — Il est dû probablement à l'influence de l'intoxication hyperthyroïdienne sur les zones nystagmogènes bulbo-protubérantielles.

Vu : le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alquier et Lenoble.* — Autopsie d'un cas de nystagmus myoclonie.
- Chanoine-Davranches.* — Le Nystagmus calorique dans les suppurations auriculaires. Thèse de Paris, 1908.
- Charcot, Bouchard et Brissaud.* — Traité de médecine.
- Cleret.* — Étude sur la pathogénie du goitre exophtalmique. Thèse de Paris, 1911.
- Coppez.* — Compte-rendu du congrès de la Société française d'ophtalmologie. (Presse médicale, mai 1913).
- Debove et Achard.* — Manuel de médecine.
- Dechambre.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- Gastaud.* — Le Diabète dans le syndrome de Basedow. Thèse de Paris, 1913.
- Lyon (Gaston).* — Clinique thérapeutique.
- Gilbert et Thoinot.* — Traité de médecine et de thérapeutique.
- Gley.* — Traité élémentaire de physiologie.
- Laffite.* — In Traité de médecine, *Enriquez, Bergé, Lamy, Laffite.*
- Lévi (Léopold) et Rothschild (Henri de).* — Compte rendu de la Société de biologie, mars 1909.
- Meignan.* — Nystagmus et Myoclonie. Thèse de Paris, 1909.
- Milian.* — Société médicale des hôpitaux, 1913, p. 105.
- Morax.* — In Encyclopédie française d'ophtalmologie de Lagrange et Valude.
- Moutet.* — Du début cardiaque du goitre exophtalmique. Thèse de Paris, 1889.

Panas. — Traité des maladies des yeux, t. II.

Sauvigneau. — Pathogénie du nystagmus. (Revue neurologique, n° 3).

Sainton. — Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow. (Société médicale des hôpitaux, 1913, p. 115).

— Formes cliniques du syndrome de Basedow (in Journal médical français, mars 1913).

Sainton et Pisanté. — Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sérum de moutons éthyroïdés. (Revue neurologique, 30 novembre 1904).

Terrien. — De la valeur seméiologique du nystagmus. (Progress médical, 1904).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales sur le nystagmus.....	11
CHAPITRE II. — Les Secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow.....	23
Quelques mots sur la pathogénie du nystagmus dans le goitre exophtalmique.....	63
CONCLUSIONS.....	67
BIBLIOGRAPHIE	69

